

Revista de la Unidad de Investigación



*Nueva Unidad
de Investigación*

1. Desde el Laboratorio Somer.
2. Antiagregación plaquetaria dual en síndromes coronarios agudos.
3. Braquiterapia de alta tasa en cáncer de cérvix posterior a radioquimioterapia.
4. Cirugía citorreductora + HIPEC en carcinomatosis peritoneal.
5. Caso clínico.

EDITORIAL



Dr. Alfredo Hernández- Coord. Unidad de Investigación

Desde la Unidad de Investigación de la Clínica SOMER, le damos la bienvenida a su nueva revista **+ AVANCES**, a través de la cual buscamos compartir con el personal de la salud, información científica actualizada de forma práctica y sencilla.

La experiencia de nuestros profesionales se constituye en una fuente invaluable de conocimientos, que no solo debe servir para su ejercicio diario, sino que debe ser compartido con los demás profesionales. Entendemos que actualmente se produce gran cantidad de información médica, haciendo imposible estar actualizado en todas las áreas del conocimiento; es por esto que la revista **+ AVANCES** quiere aportarle a la red asistencial, información elaborada que ayude a mejorar la práctica de los servicios de salud, todo esto traducido en una mejor calidad de vida para nuestros pacientes.

En esta revista encontrará varias secciones de interés, entre las cuales tenemos temas de alto impacto para la medicina general, medicina de vanguardia, aportes científicos de la Clínica SOMER, casos clínicos, retos diagnósticos interactivos, entre otros.

Para nosotros es un gran honor que dedique un poco de su tiempo para su lectura, lo cual nos motivará a construir en cada edición un mejor material. *Para esto siempre encontrará al final de cada edición, nuestros datos de contacto, a través de los cuales puede proponer temas que considere importantes para su práctica diaria.*

Desde el Laboratorio Somer

Control de la glucosa en sangre sin pinchazos

El FreeStyle Libre Flash glucosa: Nuevo sistema de monitoreo de glucosa que ha sido aprobado por la FDA de los EE.UU, por lo que es el primer dispositivo para controlar la glucosa en sangre en pacientes adultos con diabetes sin la necesidad de un pinchazo. El sistema utiliza un pequeño sensor implantado debajo de la piel y un lector móvil para monitorear continuamente la glucosa en sangre, almacenándolos día y noche. Al acercar el dispositivo lector a unos 2 a 4 centímetros de distancia, aun con la ropa puesta, escanea la información y nos da gráficas del valor actual de la glucosa, los valores de las últimas 8 horas e indicadores del patrón de comportamiento de la glucosa. Este sistema permite a las personas con diabetes evitar el paso adicional de la calibración y de las punciones digitales cada día.



TEMA GENERAL



Antiagregación plaquetaria dual en síndromes coronarios agudos.

Héctor Ossa
Médico urgentólogo

Los síndromes coronarios agudos (SCA) constituyen uno de los principales motivos de consulta en urgencias. En su fisiopatológico, la adhesión y la agregación plaquetaria son un punto clave en la formación de trombos oclusivos o suboclusivos sobre placas ateromatosas complejas en las arterias y sobre dispositivos como los stent. Por lo anterior la antiagregación hace parte fundamental del manejo en los pacientes con este diagnóstico.

Actualmente los tres medicamentos aprobados para tal fin son el Clopidogrel, Prasugrel y Ticagrelor. En nuestro medio, por disponibilidad, el Clopidogrel continúa siendo el más utilizado, sobre todo en centros de atención de mediana y baja complejidad. Es importante que el médico asistencial tenga claro el uso de estos medicamentos; sin embargo, continuamente observamos en los servicios de urgencias, errores en el uso de estos medicamentos. Por citar algunos ejemplos, hemos observado fallas que van desde el inicio inoportuno, dosis inapropiadas o la administración errónea de dosis de carga, en pacientes que ya venían recibiendo este tipo de tratamiento. Frente a este tema, realizaremos algunas recomendaciones.

Las consideraciones que debemos tener a la hora de realizar una antiagregación dual, son: la velocidad con que se quiera lograr un efecto farmacológico adecuado (define la intensidad), que a su vez está determinada por el tipo de SCA y el tiempo ideal para las estrategias de reperfusión, especialmente cuando el método es por coronariografía e intervención coronaria percutánea (PCI).

Las recomendaciones actuales con un nivel de evidencia fuerte a favor, indican que la terapia dual se debe administrar de la siguiente forma:

- En pacientes que no vienen recibiendo antiagregación como profilaxis secundaria por enfermedad cardiovascular (enfermedad coronaria, enfermedad cerebro vascular, entre otras), se debe administrar una dosis de carga de 300 mg de ASA en pacientes con SCA con y sin elevación del segmento ST en el momento de la presentación inicial, y continuar con una dosis de 100 mg/ día.
- En caso de que venga recibiendo ASA por las anteriores razones, se debe continuar la dosis de 100 mg día, sin necesidad de dosis de carga.

Con respecto al uso de Clopidogrel:

- Se recomienda la administración inmediata de una dosis de carga de 600 mg, en caso de infarto agudo del miocardio con elevación del segmento ST, pues estos pacientes como medida inicial de revascularización, se benefician de PCI emergente (menor a 90 minutos de ingreso) y probablemente colocación de stent en centros con dicho recurso.
- En el resto de síndromes coronarios agudos, no se requiere tanta velocidad, ya que la estrategia de revascularización PCI en estos pacientes, no tiene un carácter emergente (24-72 horas), por lo que la dosis recomendada es suficiente con 300 mg.
- En los dos casos anteriores se recomienda continuar con 75 mg/día.

Lo expuesto en estos pocos párrafos, puede aclarar el uso correcto de los antiagregantes plaquetarios en pacientes con SCA, ajustando nuestras conductas para prácticas más seguras.

Lectura Recomendada

2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation.

NUESTRAS EXPERIENCIAS



La Unidad de Radioterapia nos representa en Europa

La unidad de Radioterapia de la Clínica SOMER lleva en funcionamiento cerca de tres años, durante los cuales se han atendido aproximadamente 850 pacientes. Una de las principales causas de consulta en la Unidad, corresponde a pacientes con cáncer de cérvix, dada su alta prevalencia en nuestra población.

Existen diferentes estrategias para el manejo del cáncer de cérvix, sin tener claridad cuál sea la mejor opción; sin embargo, la radioterapia externa y braquiterapia intracavitaria de alta tasa, constituye una opción válida para su manejo.

Por lo anterior, expusimos nuestra experiencia en el Congreso de la SEOR (Sociedad Española de Oncología Radioterápica), el cual se realiza cada dos años y que se ha posicionado como uno de los más importantes en Europa. La experiencia presentada se enfocó en pacientes con cáncer de cérvix atendidas entre los años 2015 y 2016. A continuación les presentamos el contenido de nuestro póster.

BRAQUITERAPIA DE ALTA TASA EN CÁNCER DE CÉRVIX POSTERIOR A RADIOQUIMIOTERAPIA

Loaiza L.M, Alzate D, Guevara M, Hernández A, Murcia G, Soriano M, Raigosa L

OBJETIVO:

Valorar respuesta en pacientes con cáncer de cérvix, sometidas a Braquiterapia Intracavitaria con dispositivo Fletcher posterior a manejo con radioquimioterapia

MARIALES Y MÉTODOS:

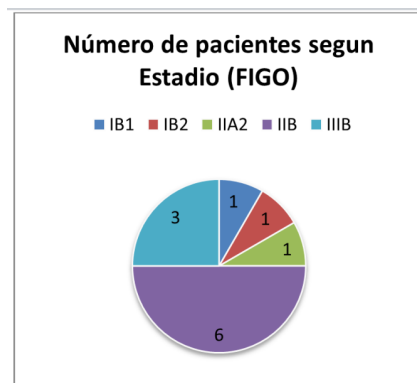
Durante el 2015 y 2016, se trataron 12 pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix, a quienes se descartó manejo quirúrgico inicial por estadio clínico y recibieron tratamiento con radioterapia externa, dosis total: 50,4G y en 28 fracciones de 1,8Gy/sesión concomitante con quimioterapia radiosensibilizante (Cisplatino semanal x 6 ciclos), posteriormente se les realizó braquiterapia intracavitaria de alta tasa tipo Fletcher por 4 a 5 sesiones con dosis total entre 26 y 30Gy (dependiendo del tamaño tumoral detectado al finalizar la radioterapia externa).

Se definió libre de enfermedad a las pacientes con reportes de citología cervicovaginal: negativas para malignidad y sin evidencia clínica de enfermedad tumoral.

RESULTADOS:

El promedio de edad fue de 54 años, con un rango entre 27 y 79; la mitad se clasificaron como E.IIB por FIGO. Hasta la fecha el 83% de los casos (10 pacientes), no presentan signos de recidiva, el 17% restantes (2 casos), presentaron citología positiva y están en manejo por cirugía oncológica.

En cuanto a la toxicidad secundaria al tratamiento, se evidenciaron efectos agudos como náuseas, vómito, radiodermatitis grado I-II y proctitis leve. A la fecha no se ha registrado ningún evento mayor.



DISCUSIÓN:

Teniendo en cuenta que es una muestra pequeña y un tiempo de seguimiento corto, consideramos que la radioterapia externa seguida de braquiterapia intracavitaria con dispositivo Fletcher, es una buena alternativa, eficaz y segura para pacientes que no sean sometidas a manejo quirúrgico.

Lectura Recomendada

- A.N. Viswanathan, B. Thomadsen. American Brachytherapy Society consensus guidelines for locally advanced carcinoma of the cervix. *Brachytherapy*, 11 (2012), pp. 33-46.
- E.C. Halperin, D.E. Wazer, C.A. Perez, et al. (Eds.), Perez and Brady's Principles and Practice of Radiation Oncology (6th ed.), Lippincott Williams & Wilkins (2013).
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines).

TEMA ESPECIALIZADO



Cirugía citorreductora + HIPEC en carcinomatosis peritoneal

María Clara Arroyave
Cirujana oncóloga

La carcinomatosis peritoneal (CP) es la diseminación tumoral al peritoneo a partir de neoplasias malignas. Estas pueden ser de origen gástrico, colorrectal, ovario, entre otras, o puede ser producida por tumores primarios del peritoneo como el mesotelioma peritoneal maligno y el carcinoma seroso peritoneal primario. El riesgo de desarrollarla depende del origen del tumor. Para cáncer gástrico del 15 al 50%, colorrectal alrededor del 10% y en el cáncer de ovario FIGO IIb y mesotelioma más del 70% (muy frecuente).

Históricamente la CP ha sido considerada como una forma sistémica y terminal de la enfermedad, solo subsidiaria de manejo paliativo con una mediana de supervivencia global (SG) de 6 meses (1); sin embargo, en los años ochenta, el interés por las enfermedades malignas con extensión peritoneal y la introducción del concepto de "enfermedad loco-regional", llevaron al nacimiento de un nuevo enfoque: la cirugía citorreductora (CCR) y la quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC), las cuales mostraron ser tratamientos más efectivos con una mejor supervivencia en pacientes bien seleccionados (2).

La técnica CCR en combinación con HIPEC perioperatoria, fue descrita por Paul H. Sugarbaker como una forma agresiva de terapia "locorregional", cuyo objetivo es erradicar toda enfermedad de la cavidad peritoneal. Consiste en realizar la máxima resección posible de la enfermedad, llevando la CP a un tamaño mínimo o microscópico, seguida de la administración de altas dosis de quimioterapia regional en perfusión hipertérmica durante el mismo acto operatorio. Este proceso permite alcanzar concentraciones más altas del fármaco dentro del peritoneo, lo cual es imposible lograr por vía sistémica debido a la toxicidad que esto generaría. Hasta la fecha, esta estrategia es la única que se ha asociado con una supervivencia prolongada con una SG de hasta de 46 meses para tumores epiteliales y hasta de 16.3 años para tumores mucinosos de bajo grado (2).

Está ampliamente demostrado que el pronóstico de los pacientes sometidos a esta cirugía depende del volumen tumoral, el estado funcional del paciente y la capacidad del cirujano para erradicar macroscópicamente el tumor. La correcta selección de los pacientes es vital para este procedimiento que tiene un alto índice de morbilidad e incluso mortalidad. Según esta premisa se describen los siguientes criterios:

- Edad entre 18 a 70 años
- Índice de Karnofsky > 70 o escala de estado funcional de ECOG menor de I
- Ausencia de comorbilidades mayores de origen cardiovascular, pulmonar, renal o hepática.
- Confirmación histológica de carcinomatosis peritoneal de origen colorectal, apendicular (pseudomixoma peritoneal), gástrico, ovárico o mesotelioma peritoneal.
- Ausencia de enfermedad neoplásica extra abdominal (metástasis pulmonares, óseas, cerebrales, entre otras).
- Ausencia de compromiso intestinal o mesentérico masivo o del hilio hepático.
- Menos de 3 lesiones metastásicas hepáticas que sean técnicamente resecables.

En la actualidad hay evidencia de la superioridad de CCR + HIPEC en pacientes bien seleccionados vs quimioterapia sistémica sola, por lo tanto, los cirujanos oncólogos deben ser conscientes del beneficio potencial de esta modalidad para los pacientes. Es claro que constituye un procedimiento complejo que requiere un alto nivel de experiencia y habilidad quirúrgica. Parte del éxito depende de un protocolo estandarizado para garantizar procedimientos seguros y reducir las tasas de complicaciones (4).

Referencias

1. Li Y, Zhou Y, Liang H, Wang H, Hao J, Zhu Z, et al. Chinese expert consensus on cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy for peritoneal malignancies. 2016;22(30):6906–16.
2. Dehal A, Smith JJ, Nash GM. Cytoreductive surgery and intraperitoneal chemotherapy : an evidence-based review — past , present and future. 2016;7(4):143–57.
3. Ahmed S, Stewart JH, Shen P, Votanopoulos KI, Levine EA. Outcomes With Cytoreductive Surgery and HIPEC for Peritoneal Metastasis. 2014;(August):575–84.
4. Kujpers AMJ, Aalbers AGJ, Verwaal VJ. Implementation of a Standardized HIPEC Protocol Improves Outcome for Peritoneal Malignancy. 2015;453–60.

CASO CLÍNICO



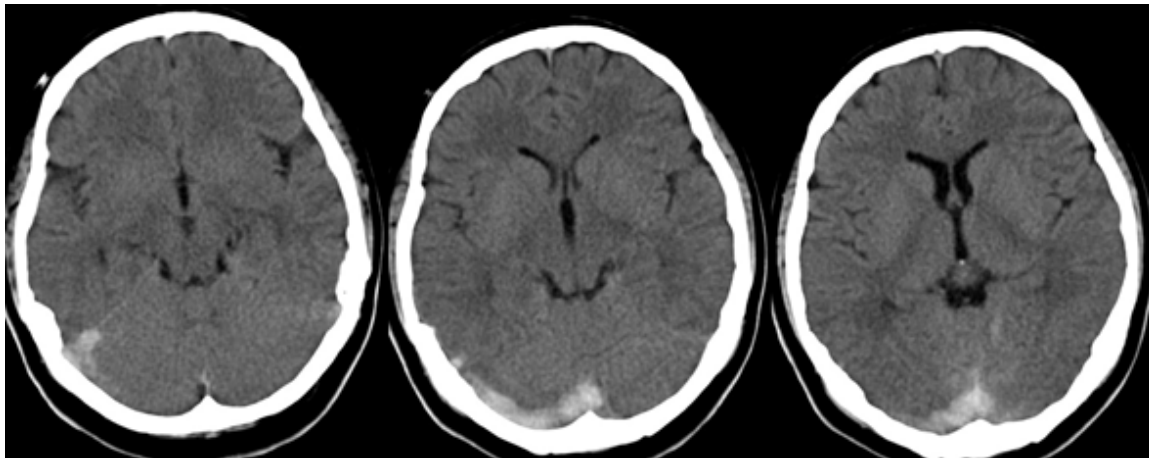
@clinica_somer



/Clínica Somer

Imagen retadora

Por:
Rafael Peñarete
Neurólogo



Paciente femenina de 23 años de edad, que cursa con cuadro clínico de un mes de evolución caracterizado por cefalea global, moderada y diaria que predomina al despertar. La paciente consultó en múltiples ocasiones sin mejoría con analgésicos habituales. Examen físico sin hallazgos de importancia.

Para el ejercicio clínico, considere que usted está en un servicio de urgencia y recibe esta paciente con la imagen anexada.

Describe los hallazgos imaginológicos.

¿Qué diagnóstico plantearía y con qué estudio confirmaría su sospecha?

¿Qué tratamiento instauraría de manera inmediata?

Envía tu apreciación al correo rpneurologia@gmail.com. En nuestra próxima edición publicaremos las respuestas.

Unidad de Investigación



Esríbenos a: investigacion@clnicasomer.com

